

(様式1)

株式会社クレハ分析センター

個人情報対応窓口 宛

受付番号 —

個人情報開示等申請書

注意事項：受付は本書面で、郵送のみとさせていただきます。

：「利用目的の通知」および「内容の開示」の申請には手数料800円の郵便切手がかかります。

：申請される方は太枠内を記入して下さい。

申請年月日	年 月 日
(ふりがな) 本人氏名	(印)
電話番号	— —
住 所	〒 — (マンション名またはアパート名)
当社とどのような かかわりであなたの の個人情報を提供 されましたか	
希望される内容に ○をつけて下さい	1. 利用目的の通知 2. 内容の開示 3. 内容の訂正 4. 内容の追加 5. 内容の削除 6. 利用の停止 7. 消去 8. 第三者への提供の停止
希望される項目に ○をつけて下さい	1. 氏 名 2. 住 所 3. 電話番号 4. 携帯電話番号 5. メールアドレス 6. 年 齢 7. その他 ()
ご本人確認資料	1. 運転免許証のコピー 2. パスポートのコピー 3. 健康保険の被保険者証のコピー 4. その他 ()

代理人による申請の場合は、以下もあわせて記入して下さい。

代理権を 証する書面	1. 戸籍謄本 2. 親権者の場合は扶養家族が記入された健康保険の被保険者証のコピー 3. 委任状 4. その他 ()
代理人と 本人との関係	
(ふりがな) 代理人氏名	(印)
電話番号	— —
代理人住所	〒 — (マンション名またはアパート名)

窓口責任者

受付者

--	--

(様式2)

個人情報対応記録

受付番号

—

(受付) 個人情報対応窓口での対応

本人氏名	
受付年月日	年 月 日
受付者の対応	
窓口責任者の対応	
取扱部署への発信日	年 月 日

窓口責任者印	受付者印

配達証明書貼付け欄

個人情報取扱部署での対応

取扱者受領日	年 月 日
取扱担当部署名	
取扱担当者の対応	
取扱責任者の対応	
対応窓口への発信日	年 月 日

取扱責任者印	取扱担当者印

申請者への対応 (対応窓口)

		各対応者印
取扱部署からの受信日	年 月 日	
申請者への対応年月日	年 月 日	
申請者への対応内容		
取扱部署へ対応内容の確認		
受領確認		
対応窓口責任者の対応		

*保管部門：個人情報対応窓口（2年保管）・配達証明書は貼付け欄に貼り付ける